

Bewerbungsformular für eine Assoziierung am CMB

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM(TT/MM/JJJJ):

STAATSANGEHÖRIGKEIT:

WOHNORT:

STATUS : FORSCHER/IN POST-DOKTORAND/IN DOKTORAND/IN

FACHBEREICH:

THEMA DES FORSCHUNGSPROJEKTS:

HEIMATUNIVERSITÄT(EN):

NUR FÜR DOKTORAND/INNEN:

JAHRE DER ANMELDUNG DER DOKTORARBEIT:

TEILNAHME AM COTUTELLE-VERFAHREN: JA NEIN

ZWEITE HEIMATUNIVERSITÄT:

BETREUER/INNEN:

FINANZIERUNG:

SPRACHKOMPETENZEN (mindestens Niveau B2 in der Partnersprache) :

Deutsch :

Französisch :

GEWÜNSCHTER ZEITRAUM:

FORSCHUNGSSCHWERPUNKT, IN DEN SIE SICH EINSCHREIBEN MÖCHTEN :



WIE WOLLEN SIE IHR PROJEKT IN DIE FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE AM CMB EINBRINGEN UND WELCHEN MEHRWERT ERHOFFEN SIE SICH VON EINEM AUFENTHALT AM CMB FÜR IHR PROJEKT?

NUR FÜR FORSCHER/INNEN: WELCHE KOOPERATIONEN PLANEN SIE WÄHREND IHRES AUFENTHALTS IM CMB (SOWOHL MIT ANDEREN FORSCHER/INNEN DES CMB ALS AUCH AUF INSTITUTIONELLER EBENE)?

NUR FÜR DOKTORAND/INNEN: WAS SIND IHRE BERUFLICHEN PLÄNE?

